

上海市民政局
上海市发展和改革委员会
上海市公安局
上海市财政局

沪民规〔2025〕1号

关于进一步完善本市特殊儿童
基本生活费发放工作的通知

各区民政局、发展改革委、公安局、财政局，市社会福利中心、光明集团：

为进一步提高本市特殊儿童基本生活保障水平，根据《国务院办公厅关于加强孤儿保障工作的意见》（国办发〔2010〕54号）、《国务院关于加强困境儿童保障工作的意见》（国发〔2016〕36号）、《民政部 财政部关于发放孤儿基本生活费的通知》（民发〔2010〕

161号)、《民政部 财政部关于发放艾滋病病毒感染儿童基本生活费用的通知》(民发〔2012〕179号)、民政部等12部门《关于进一步加强事实无人抚养儿童保障工作的意见》(民发〔2019〕62号)、《民政部 公安部 财政部关于进一步做好事实无人抚养儿童保障有关工作的通知》(民发〔2020〕125号)、《民政部 教育部 公安部 财政部 国家卫生健康委、国家医保局 中国残联关于进一步促进残疾孤儿回归家庭的通知》(民发〔2024〕6号)等文件精神及有关规定,并会商市高级人民法院、市人民检察院、市司法局,现就进一步完善本市特殊儿童基本生活保障工作通知如下:

一、保障对象

本通知规定的特殊儿童基本生活保障对象是指具有本市户籍、未满18周岁的下列未成年人:

(一) 社会散居孤儿:失去父母(父母双亡或失踪)且非集中供养的未成年人。

(二) 困境儿童基本生活保障对象:父母双方均符合重残、重病、服刑在押、强制隔离戒毒、被执行其他限制人身自由的措施、失联、被撤销监护资格、被遣送(驱逐)出境情形之一的儿童;父母一方死亡或失踪,另一方符合重残、重病、服刑在押、强制隔离戒毒、被执行其他限制人身自由的措施、失联、被撤销监护资格、被遣送(驱逐)出境情形之一的儿童;因遭受监护人虐待、遗弃、意外伤害、不法侵害等监护不当情形导致人身安全受到威胁或侵害的儿童。

重残是指一级、二级残疾或三级、四级精神、智力残疾；重病参照《上海市城乡居民大病保险办法》《上海市职工基本医疗保险办法》规定的“大病”类型进行认定；服刑在押、强制隔离戒毒或被执行其他限制人身自由措施，以有关机关出具的法律文书或有关证明材料确认起始时间为准，期限在6个月以上；失联是指失去联系且未履行监护、抚养责任6个月以上；被撤销监护资格是指人民法院依法判决撤销监护人资格；被遣送（驱逐）出境是指外籍人员与内地居民生育子女后，被公安等机关依法遣送（驱逐）出境，且未履行监护、抚养责任；死亡是指自然死亡或人民法院宣告死亡；失踪是指人民法院宣告失踪。

（三）艾滋病病毒感染儿童：携带艾滋病病毒或患有艾滋病的未成年人。

（四）被收养残疾孤儿：失去父母、查找不到生父母且身患残疾的被收养儿童,包括被收养的社会散居残疾孤儿和被收养的儿童福利机构内抚养的残疾孤儿、查找不到生父母的残疾儿童。

符合上述条件的被保障对象年满18周岁后，仍在义务教育阶段就读的，或在学制规定年限内，仍在全日制高中阶段（普通高中教育、中等职业教育）和全日制大学阶段（大专、本科、高等职业教育）就读的，可继续享受特殊儿童基本生活费。

二、发放流程

（一）申请

1. 申请社会散居孤儿基本生活费

由儿童监护人（以下统称“申请人”）通过“一网通办”平台或者向儿童户籍所在地街道办事处（乡镇人民政府）提出申请，并提交下列材料：

- （1）《上海市社会散居孤儿基本生活费申请表》（附件1）；
- （2）《证明事项告知承诺书》（附件5）；
- （3）儿童及其监护人身份证明材料；
- （4）监护人资格材料。

2. 申请困境儿童基本生活保障对象基本生活费

由儿童监护人或为儿童提供实际照料的祖辈、亲属朋友、相关单位或组织（以下统称“申请人”）通过“一网通办”平台或者向儿童户籍所在地街道办事处（乡镇人民政府）提出申请（因监护不当导致未成年人陷入困境的，监护人不得作为申请人），并提交下列材料：

（1）《上海市困境儿童基本生活保障对象基本生活费申请表》（附件2）；

- （2）儿童及其监护人身份证明材料；
- （3）委托他人抚养的，须提供书面委托书；

（4）导致儿童陷入困境的父母当前有关状况的材料。“父母当前有关状况”材料具体如下：

父母重残的，需提供有效的《中华人民共和国残疾人证》证件。

父母重病的，职保人员患有大病住院治疗的，需提供区级及以上医疗卫生机构诊断病历和住院医疗保险结算单；门诊治疗的，需

提供区级及以上医疗卫生机构出具的有效期内《基本医疗保险门诊大病登记回执》。居保人员患有大病住院或门诊治疗的，均需提供区级及以上医疗卫生机构诊断病历和商业保险公司出具的《城乡居民大病保险医疗结算单》。

父母服刑在押、强制隔离戒毒、被执行其他限制人身自由措施的，需提供人民法院、检察院、公安或司法机关等有关部门出具的刑事判决书、强制隔离戒毒决定书等法律文书或有关证明材料。

父母失联的，需提供公安机关出具的《儿童失联父母查找情况回执单》或《儿童父母失联情况认定表》等有关证明材料。

父母被撤销监护资格的，需提供人民法院依法撤销监护人资格判决书。

父母被遣送（驱逐）出境的，需提供公安机关等有关机关出具的法律文书或有关证明材料。

父母死亡的，需提供《居民死亡医学证明（推断）书》，或《居民死亡确认书》，或公安机关出具的死亡注销户口证明，或人民法院宣告死亡的法律文书。

父母失踪的，需提供人民法院宣告失踪的法律文书。

因监护不当陷入困境的，需提供人民法院、检察院、公安等有关部门出具的法律文书，以及救助保护机构、区级及以上医疗卫生机构等单位的证明材料。

3. 申请艾滋病病毒感染儿童基本生活费

由儿童监护人（以下统称“申请人”）向儿童户籍所在地的区

民政局提出申请，并提交下列材料：

- (1) 《上海市艾滋病病毒感染儿童基本生活费申请表》（附件3）；
- (2) 《证明事项告知承诺书》（附件5）；
- (3) 儿童及其监护人身份证明材料。

4. 申请被收养残疾孤儿基本生活费

残疾孤儿被收养后，收养人可向被收养残疾孤儿户籍所在地区民政局提出申请，并提交下列材料：

- (1) 《上海市被收养残疾孤儿继续领取基本生活费申请表》（附件4）；
- (2) 《收养登记证》原件及复印件；
- (3) 被收养残疾孤儿及其收养人身份证明材料；
- (4) 被收养残疾孤儿的孤儿残疾证明原件及复印件。

上述特殊儿童基本生活费申请材料，能够通过电子证照库、数据共享获取的，不得要求申请人另行提供。

本市户籍儿童在外省市生活，申请特殊儿童基本生活费的，可向实际居住地街道办事处（乡镇人民政府）提出申请，通过跨省通办流程，由户籍所在地负责审核办理。

对通过大数据比对等途径，主动排查发现的符合或疑似符合特殊儿童基本生活保障条件的儿童，民政部门应及时指导申请人按程序申请。人民法院、人民检察院、公安机关、司法行政等部门在工作、办案过程中，发现符合或疑似符合特殊儿童基本生活保障条件

的，应及时将相关信息和线索移交民政部门，民政部门依据移交信息和线索及时做好核实工作，符合保障条件的，民政部门应当积极引导申请人按程序申请。

（二）初核

社会散居孤儿、困境儿童基本生活保障对象基本生活费申请，由街道办事处（乡镇人民政府）对儿童及其家庭或实际照料人的相关情况进行核实查验，自收到申请之日起 15 个工作日内，作出核实查验结论，提出初核意见，连同申请材料通过信息系统上报区民政局；艾滋病病毒感染儿童、被收养残疾孤儿基本生活费申请，由区民政局相关科室对申请人提供的材料进行核实查验，自收到申请之日起 15 个工作日内，作出核实查验结论，提出初核意见。为保护被保障对象隐私，以上均不以公示方式核实了解情况。

核实查验工作一般采用部门信息比对的方式进行。因档案管理、数据缺失等原因不能通过部门信息比对核实的，可以请儿童本人或申请人协助提供必要补充材料，申请人应予以配合。对有异议的，可根据工作需要采取入户调查、邻里访问、信函索证、群众评议等方式再次进行核实。

（三）审核确认

对社会散居孤儿、困境儿童基本生活保障对象基本生活费申请，区民政局自收到申请材料及初核意见之日起 5 个工作日内进行审核确认。对艾滋病病毒感染儿童、被收养残疾孤儿基本生活费申请，区民政局自提出初核意见之日起 5 个工作日内进行审核确认。对审

核同意的，出具《特殊儿童基本生活费同意发放通知单》；对未通过审核的，按原渠道退回申请材料，并出具《特殊儿童基本生活费不予发放通知单》。申请社会散居孤儿、困境儿童基本生活保障对象基本生活费的，由街道办事处（乡镇人民政府）及时将审核确认结果告知申请人；申请艾滋病病毒感染儿童和被收养残疾孤儿基本生活费的，由区民政局及时将审核确认结果告知申请人。

对于困境儿童复杂情形的核实查验及认定，还可根据实际情况采取以下方式认定：父母失联的，须核实查验公安机关出具的《儿童失联父母查找情况回执单》（附件6）；因不具备查询条件导致公安机关难以接警处置查找的，由公安机关出具《儿童失联父母不具备查找条件回执单》（附件7）后，采取“个人承诺+邻里证明+街镇核实查验+区民政局核实确认”方式，形成《儿童父母失联情况认定表》（附件8）综合认定；对以上两种方式仍不能认定的复杂情形，可启动家庭监护能力评估，以“一事一议”会商形式进行认定。因监护不当陷入困境的，须核实查验人民法院、检察院、公安、救助保护机构和区级及以上医疗卫生机构等单位出具的相关法律文书、情况说明等，并启动家庭监护能力评估，以“一事一议”会商形式综合进行认定。

申请人对审核确认结果有异议的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

（四）发放

符合条件的特殊儿童基本生活费申请经审核确认后，对社会散

居孤儿、困境儿童基本生活保障对象、被收养残疾孤儿自申请受理当月起发放，对确诊的艾滋病病毒感染儿童，自 HIV 抗体检测报告单上日期的当月起发放。区财政部门根据同级民政部门提出的支付申请，将特殊儿童基本生活费在每月 20 日前足额拨付到特殊儿童个人银行账户。区财政直接支付确有困难的，可通过同级民政部门予以发放。

（五）续发和停发

上述被保障对象年满 18 周岁后，仍在义务教育阶段就读，或在学制规定年限内，仍在全日制高中阶段（普通高中教育、中等职业教育）和全日制大学阶段（大专、本科、高等职业教育）就读，需要继续享受特殊儿童基本生活费的，被保障对象须提供学校就读信息，受理部门要及时按照程序和规定核定就读信息，办理续发手续，并从义务教育阶段结束，或学制规定年限结束的次月起停止发放。

上述被保障对象因年满 18 周岁、死亡、失踪、被依法收养（被收养残疾孤儿除外）、被收养残疾孤儿康复，或发生违法犯罪等行为被判刑、强制隔离戒毒、被执行其他限制人身自由措施的；或其失联、失踪父母出现的，或其父母重新具备履行监护责任能力、依法恢复监护资格等不再符合发放条件的；或当事人申请不再领取的，从情况发生的次月起停止发放。其中，对因监护不当陷入困境的，其父母是否重新具备履行监护责任能力，需通过家庭监护能力评估、“一事一议”多部门会商等综合认定。

上述困境儿童基本生活保障对象父母重病康复期，职保人员无法提供有效的《基本医疗保险门诊大病登记回执》，居保人员无法提供商业保险公司《城乡居民大病保险医疗结算单》等不再符合重病条件的，自次月起算，6个月后停止发放。

上述困境儿童基本生活保障对象父母刑满释放、解除强制隔离戒毒等恢复人身自由的，自恢复人身自由之日的次月起算，6个月后停止发放。

特殊儿童停止发放基本生活费的，区民政局应同时出具《特殊儿童基本生活费停止发放通知单》。

上述被保障对象户籍迁至本市其他辖区的，迁出地区民政局从次月起停止发放，迁入地区民政局做好续发工作。根据被保障对象的不同类型，分别由迁出地区民政局/街道办事处（乡镇人民政府）及时填写《特殊儿童基本生活费发放关系转移单》，并主动与迁入地区民政局/街道办事处（乡镇人民政府）做好档案材料移交及系统信息变更等衔接工作。

三、资金保障

（一）标准确定与调整

本市社会散居孤儿基本生活费标准，按照保障孤儿的基本生活不低于当地平均生活水平的原则，依据市统计局公布的城市居民家庭人均消费支出，由市民政局和市财政局另行确定。

本市困境儿童基本生活保障对象、艾滋病病毒感染儿童、被收养残疾孤儿基本生活费标准参照社会散居孤儿基本生活费标准发

放，并随之同步调整。

（二）资金渠道

对未满 18 周岁的被保障对象基本生活费发放所需资金，除中央财政补助部分按实拨付区级财政外，其余所需资金由被保障对象户籍所在地的区级财政承担。

对已满 18 周岁的被保障对象按照本通知规定继续发放生活补贴的，所需资金由被保障对象户籍所在地的区级财政承担。

四、监督管理

（一）规范资金管理

特殊儿童基本生活费均通过“上海市民政资金内控监管平台”发放。区民政局、区财政局要对特殊儿童基本生活费保障资金实行专项管理，专款专用，防止发生挤占、挪用、冒领、套取等违法违规现象。市民政局、市财政局不定期组织审计、检查，对弄虚作假、虚报冒领的，由发放单位负责追回，并视情节轻重依法依规处理。

区民政局要对资金发放情况定期进行汇总，并报区财政局以及市民政局备案；要逐月了解核实被保障对象的情况，对不符合发放条件的，及时终止发放；要运用信息系统加强对发放工作的动态管理，规范程序，提高效率，接受相关部门的监督。

街（镇）儿童督导员要督促指导居（村）儿童主任，定期开展摸底排查，发现符合保障条件但未纳入保障的儿童，及时告知其父母或其他监护人；对已经纳入保障的儿童，居（村）儿童主任要采

取多种方式及时掌握儿童及其家庭情况变化，每月上门探访或电话沟通不少于1次。

市社会福利中心协助市民政局具体做好基本生活费发放工作的培训、指导，督促各区民政局做好被保障对象的信息档案、信息统计数据月报以及纸质台账的保存工作，开展定期巡查和评估。

（二）加强信用管理

建立健全失信惩戒机制，将提供虚假材料、隐瞒真实情况骗取特殊儿童基本生活费的申请人失信信息，依法记入信用记录，纳入市公共信用信息服务平台，并按照规定实施惩戒。

五、制度衔接

（一）本市特殊儿童已获得最低生活保障金、困难残疾人生活补贴、年满16周岁领取重残无业人员生活补助，且未达到特殊儿童基本生活保障标准的，进行补差发放，其他被保障对象按照标准全额发放。同时符合特困人员救助供养条件和社会散居孤儿、困境儿童基本生活保障对象和被收养残疾孤儿认定条件的未成年人，选择申请纳入社会散居孤儿、困境儿童基本生活保障对象和被收养残疾孤儿基本生活保障范围的，不再认定为特困人员。

（二）已全额领取特殊儿童基本生活费的被保障对象，其家庭申请最低生活保障的，被保障对象的基本生活费不计入家庭收入，在享受低保待遇之后，根据人均救助水平进行重新计算，补差发放。

（三）已全额领取特殊儿童基本生活费的残疾儿童（含被收养

残疾孤儿），不再享受困难残疾人生活补贴或重残无业人员生活补助，符合条件的可同时享受重度残疾人护理补贴。

（四）已享受本市社会散居孤儿、困境儿童基本生活保障对象、被收养残疾孤儿基本生活费的艾滋病病毒感染儿童，不再同时享受艾滋病病毒感染儿童基本生活费。

对因突发事件影响造成监护缺失且处境危急的困境儿童，市、区民政部门应当根据有关规定，委托儿童福利机构、未成年人救助保护机构实施临时照料，其基本生活保障标准参照儿童福利机构内养育孤儿生活保障标准执行。

六、其他事项

（一）市域外农场本市户籍社会散居孤儿、困境儿童基本生活保障对象、艾滋病病毒感染儿童和被收养残疾孤儿基本生活费纳入上海域外农场部门预算，其发放工作参照本通知执行。

（二）本通知自 2025 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2029 年 12 月 31 日。

- 附件：1. 上海市社会散居孤儿基本生活费申请表
2. 上海市困境儿童基本生活保障对象基本生活费申请表
3. 上海市艾滋病病毒感染儿童基本生活费申请表
4. 上海市被收养残疾孤儿继续领取基本生活费申请表
5. 证明事项告知承诺书
6. 儿童失联父母查找情况回执单

7. 儿童失联父母不具备查找条件回执单

8. 儿童父母失联情况认定表

上海市民政局

上海市发展和改革委员会

上海市公安局

上海市财政局

2025年1月1日

(此件主动公开)

附件 1

上海市社会散居孤儿基本生活费

申 请 表

编 号：_____区（_____）_____号

填表日期：_____年_____月_____日

上海市民政局印制

填表须知

一、有关字段说明

1. 福利编号：如 XX 区〔2024〕001 号。

2. 患病类型：心脏病；脑瘫疾病；五官科疾病；外科疾病；传染病；肿瘤；血液病；内分泌疾病；精神和行为障碍；神经系统疾病；循环系统疾病；呼吸系统疾病；消化系统疾病；皮肤病；肌肉骨骼病；泌尿系统疾病；妇科病；先天畸形；多重疾病以及其他疾病。

3. 养育类型：（外）祖父母养育；其他亲属养育；独立（独自）生活；无亲属关系人养育；父（母）单位养育；居委会（村委会）养育；以及其他类型养育。

二、相关材料说明

1. 孤儿及孤儿监护人身份证明材料是指户口簿、身份证、出生医学证明、收养登记证等有效证件；

2. 监护人资格材料指相关判决书、协议书、公证文书等。

三、其他

此表一式四份，居（村）委、街道办事处（乡镇人民政府）、区民政局、市社会福利中心各留存一份。

孤儿 基本 信息	姓 名		身份证号		近期 免冠 照片	
	性 别		福利编号			
	出生日期		民 族			
	养育类型		户籍状况	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业		
	户籍所在地	区 街（镇） 路 弄 号 室				
	现居住地址	区 街（镇） 路 弄 号 室				
	父亲姓名		失去父亲 原 因	<input type="checkbox"/> 病故 <input type="checkbox"/> 宣告失踪 <input type="checkbox"/> 宣告死亡 <input type="checkbox"/> 其他		
	母亲姓名		失去母亲 原 因	<input type="checkbox"/> 病故 <input type="checkbox"/> 宣告失踪 <input type="checkbox"/> 宣告死亡 <input type="checkbox"/> 其他		
	儿童身体 状 况	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 重病（患病类型_____） <input type="checkbox"/> 残疾（ <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 多重残疾 残疾证号_____； 残疾等级_____） <input type="checkbox"/> 无艾滋病 <input type="checkbox"/> 受艾滋病影响 <input type="checkbox"/> 携带或感染艾滋病 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	儿童工学 情 况	<input type="checkbox"/> 学龄前 <input type="checkbox"/> 幼儿园 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 普通高中 <input type="checkbox"/> 技工学校 <input type="checkbox"/> 职业高中 <input type="checkbox"/> 中等专业学校 <input type="checkbox"/> 高职高专学校 <input type="checkbox"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 特殊教育 <input type="checkbox"/> 无就学能力 <input type="checkbox"/> 辍学 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
监护 人及 家庭 情况	姓 名		工作单位			
	关 系		身份证号码		年收入(元)	
	联系电话		身体情况		人均居住面积(m ²)	
	是否同住		患病类型			
	户籍所在地	区 街（镇） 路 弄 号 室				
	现居住地址	区 街（镇） 路 弄 号 室				
其他 家庭 成员 及社 会关 系	姓 名	关 系	身份证号码	工作单位	联系电话	身体情况
监护 单位 情况	单位名称			单位地址		
	单位性质		联系人		联系电话	

其他救助情况	<input type="checkbox"/> 最低生活保障 <input type="checkbox"/> 特困供养 <input type="checkbox"/> 困难残疾人生活补助 <input type="checkbox"/> 重度残疾人护理补助 <input type="checkbox"/> 重残无业生活补助 <input type="checkbox"/> 临时救助 <input type="checkbox"/> 低收入家庭救助 <input type="checkbox"/> 医疗救助 <input type="checkbox"/> 教育资助 <input type="checkbox"/> 住房救助 <input type="checkbox"/> 其他_____			
监护人/监护单位承诺	<p>1. 本表中全部内容及所提供的证明材料均真实、有效，无虚假欺骗和隐瞒，如存在不实，自愿退还已领取的全部生活费并承担失信后果。</p> <p>2. 授权街道办事处（乡镇人民政府）工作人员调查与孤儿相关的情况及材料的核实查验工作。</p> <p>3. 依法履行监护职责和抚养义务，并接受有关部门的监督指导。</p> <p>4. 当被保障对象不再符合社会散居孤儿基本生活保障条件时，将主动告知街道办事处（乡镇人民政府），办理停发手续。</p> <p style="text-align: center;">申请人/单位签字或盖章：_____年 月 日</p>			
审核意见				
街（镇）初核意见	<p>经核实查验，_____符合社会散居孤儿基本生活保障条件，建议纳入基本生活保障，每月发放_____元基本生活费。</p> <p>核实查验人：_____年___月___日 分管领导：_____（单位盖章）</p> <p>经办人：_____年___月___日 _____年___月___日</p>			
区民政局审核意见	<p>经研究，_____符合社会散居孤儿基本生活保障条件，现予以审核确认，从_____年___月起发放基本生活费。</p> <p>经办人：_____年___月___日 分管领导：_____（单位盖章）</p> <p>_____年___月___日 _____年___月___日</p>			
发放信息	始发年月		开户人（儿童）	
	开户行		银行账号	
	续发原因	（附相关材料）		
	续发年月		申请人/单位签字	
	停发原因			
	停发年月		申请人/单位签字	

附件 2

上海市困境儿童基本生活保障对象基本生活费

申 请 表

编 号：_____区（_____）_____号

填表日期：_____年_____月_____日

上海市民政局印制

填表说明

一、有关字段说明

1. 福利编号：如 XX 区〔2024〕001 号。

2. 儿童身体状况：患病类型有心脏病；脑瘫疾病；五官科疾病；外科疾病；传染病；肿瘤；血液病；内分泌疾病；精神和行为障碍；神经系统疾病；循环系统疾病；呼吸系统疾病；消化系统疾病；皮肤病；肌肉骨骼病；泌尿系统疾病；妇科病；先天畸形；多重疾病以及其他疾病。

3. 养育类型：（外）祖父母养育；其他亲属养育；独立（独自）生活；无亲属关系人养育；居委会（村委会）监护养育；其他。

二、相关材料说明

1. 申请人、被保障对象的身份证明材料是指户口簿、身份证、出生医学证明、收养登记证等有效证件；

2. 监护人委托他人抚养的，应同时提供书面委托书及受托人的居民身份证。居（村）民委员会提出申请的，应提交居（村）民委员会出具的申请材料；

3. 书面委托书：查找到父母双方本人的，应提供由父母双方签名的委托书；查找到父母一方本人的，或父母离婚，应提供对孩子具有抚养义务的一方签名的委托书；父母双方均失联或父母一方失踪另一方失联的，应由实际照料人（单位）提供其本人签名（单位印章）的说明材料，或由被保障对象户籍地居（村）民委员会出具相关说明材料。

4. 此表一式四份，居（村）委、街道办事处（乡镇人民政府）、区民政局、市社会福利中心各留存一份。

姓名		性别		近期 免冠 照片		
出生日期		民族				
福利编号		身份证号				
养育类型		户籍状况	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业			
户籍所在地	区	街(镇)	路	弄	号	室
现居住地址	区	街(镇)	路	弄	号	室
儿童父母 情况	关系	姓名	身份证号码	现状况		联系电话
	父亲			<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 重病 <input type="checkbox"/> 重残 <input type="checkbox"/> 失联 <input type="checkbox"/> 服刑在押 <input type="checkbox"/> 强制隔离 戒毒 <input type="checkbox"/> 被执行其他限制 人身自由的措施 <input type="checkbox"/> 被撤 销监护资格 <input type="checkbox"/> 被遣送(驱 逐)出境 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
母亲				<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 重病 <input type="checkbox"/> 重残 <input type="checkbox"/> 失联 <input type="checkbox"/> 服刑在押 <input type="checkbox"/> 强制隔离 戒毒 <input type="checkbox"/> 被执行其他限制 人身自由的措施 <input type="checkbox"/> 被撤 销监护资格 <input type="checkbox"/> 被遣送(驱 逐)出境 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
儿童遭受 监护不当 情形	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 性侵害、出卖、遗弃、虐待、暴力伤害未成年人的; <input type="checkbox"/> 放任、教唆、利用未成年人实施违法犯罪行为的; <input type="checkbox"/> 胁迫、诱骗、利用未成年人乞讨的; <input type="checkbox"/> 监护人拒绝或者怠于履行监护职责,导致未成年人处于无人照料状态; <input type="checkbox"/> 法律规定的其他情形: _____					
儿童身体 状况	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 重病(患病类型_____)) <input type="checkbox"/> 残疾(<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 多重残疾 残疾证号_____ ; 残疾等级_____)) <input type="checkbox"/> 艾滋病 <input type="checkbox"/> 艾滋病病毒携带者 <input type="checkbox"/> 其他: _____					
儿童工学 情况	<input type="checkbox"/> 学龄前 <input type="checkbox"/> 幼儿园 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 普通高中 <input type="checkbox"/> 技工学校 <input type="checkbox"/> 职业高中 <input type="checkbox"/> 中等专业学校 <input type="checkbox"/> 高职高专学校 <input type="checkbox"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 特殊教育 <input type="checkbox"/> 无就学能力 <input type="checkbox"/> 辍学 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 其他: _____					
履行监护 责任人员 情况	姓名	性别	关系	身份证号码	工作单位或家庭住址	联系电话

其他主要社会关系	姓名	性别	关系	身份证号码	工作单位或家庭住址	联系电话
申请单位情况	单位名称				单位地址	
	单位性质		联系人		联系电话	
其他救助情况	<input type="checkbox"/> 最低生活保障 <input type="checkbox"/> 特困供养 <input type="checkbox"/> 困难残疾人生活补助 <input type="checkbox"/> 重度残疾人护理补助 <input type="checkbox"/> 重残无业生活补助 <input type="checkbox"/> 临时救助 <input type="checkbox"/> 低收入家庭救助 <input type="checkbox"/> 医疗救助 <input type="checkbox"/> 教育资助 <input type="checkbox"/> 住房救助 <input type="checkbox"/> 其他_____					
申请人/单位承诺	<p>1. 本表中全部内容及所提供的证明材料均真实、准确、有效，无虚假欺骗和隐瞒，如存在不实，自愿退还已领取的全部生活费并承担失信后果。</p> <p>2. 授权街道办事处（乡镇人民政府）工作人员调查与困境儿童相关的情况及材料的核实查验工作。</p> <p>3. 依法履行监护职责和抚养义务，并接受有关部门的监督指导。</p> <p>4. 当被保障对象不再符合困境儿童基本生活保障条件时，将主动告知街道办事处（乡镇人民政府），办理停发手续。</p> <p style="text-align: center;">申请人/单位签字或盖章：_____年 月 日</p>					
审 核 意 见						
街（镇）初核意见	<p>经核实查验，_____符合困境儿童基本生活保障条件，建议纳入基本生活保障，每月发放_____元基本生活费。</p> <p>核实查验人：_____年___月___日 分管领导：_____（单位盖章）</p> <p>经办人：_____年___月___日 _____年___月___日</p>					
区民政局审核意见	<p>经研究，_____符合困境儿童基本生活保障条件，予以审核确认，从_____年___月起发放基本生活费。</p> <p>经办人：_____年___月___日 分管领导：_____（单位盖章）</p> <p>_____年___月___日 _____年___月___日</p>					
发放信息	始发年月				开户人（儿童）	
	开户行				银行账号	
	续发原因	（附相关材料）				
	续发年月				申请人/单位签字	
	停发原因					
	停发年月				申请人/单位签字	

附件 3

上海市艾滋病病毒感染儿童基本生活费

申 请 表

编 号：_____区（____）_____号

填表日期：_____年_____月_____日

上海市民政局印制

填表说明

一、有关字段说明

1. 福利编号：如 XX 区〔2024〕001 号。

2. 感染情况：根据 HIV 抗体确诊检测报告单上的内容填写。

3. “监护人及相关情况”中工作情况/工作单位：失业、务农、退休等，有工作单位的填写工作单位名称。

4. 区民政局业务科室核实查验申请材料的情况：必须写明向本市卫生健康部门艾滋病检测单位核实相关情况的过程，如，核实的时间、核实方式、艾滋病检测单位的具体区划、HIV 抗体检测报告单的真实性及时间等。

二、相关材料说明

艾滋病病毒感染儿童及其监护人身份证明材料是指户口簿、身份证、出生医学证明、收养登记证等有效证件。

三、其他

此表一式二份，区民政局、市社会福利中心各留存一份。

感染 儿童 基本 信息	姓 名		身份证号		近期 新冠 照片	
	性 别		福利编号			
	出生日期		民 族			
	户籍状况	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业				
	感染情况	<input type="checkbox"/> 受艾滋病影响 <input type="checkbox"/> 携带或感染艾滋病				
	身体状况	<input type="checkbox"/> 重病（患病类型_____） <input type="checkbox"/> 残疾（ <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 多重残疾 残疾证号_____；残疾等级_____） <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	工学情况	<input type="checkbox"/> 学龄前 <input type="checkbox"/> 幼儿园 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 普通高中 <input type="checkbox"/> 技工学校 <input type="checkbox"/> 职业高中 <input type="checkbox"/> 中等专业学校 <input type="checkbox"/> 高职高专学校 <input type="checkbox"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 特殊教育 <input type="checkbox"/> 无就学能力 <input type="checkbox"/> 辍学 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
户籍所在地	_____区_____街（镇）_____路____弄____号____室					
现居住地	_____区_____街（镇）_____路____弄____号____室					
监护 人及 社会 关系	监护人类型	<input type="checkbox"/> 父母（含父或母） <input type="checkbox"/> 亲属（含祖父母、外祖父母、亲朋好友） <input type="checkbox"/> 单位（含街镇，居村委会） <input type="checkbox"/> 其他_____				
	关系	姓名	身份证号码	工作情况/工作单位	联系电话	是否感染 艾滋病
监护 单位 情况	单位 名称				单位地址	
	单位 性质		联系人		联系电话	

其他救助情况	<input type="checkbox"/> 最低生活保障 <input type="checkbox"/> 特困供养 <input type="checkbox"/> 困难残疾人生活补助 <input type="checkbox"/> 重度残疾人护理补助 <input type="checkbox"/> 重残无业生活补助 <input type="checkbox"/> 临时救助 <input type="checkbox"/> 低收入家庭救助 <input type="checkbox"/> 医疗救助 <input type="checkbox"/> 教育资助 <input type="checkbox"/> 住房救助 <input type="checkbox"/> 其他_____
监护人/监护单位承诺	<p>1.本表中全部内容及所提供的证明材料均真实、准确、有效，无虚假欺骗和隐瞒，如存在不实，自愿退还已领取的全部生活费并承担失信后果。</p> <p>2.授权区民政局相关科室工作人员调查与艾滋病病毒感染儿童相关的情况及材料的核实查验工作。</p> <p>3.本人将依法履行监护职责和抚养义务，并接受有关部门的监督指导。</p> <p>4.当被保障对象不再符合艾滋病病毒感染儿童基本生活保障条件时，将主动告知区民政局相关科室，办理停发手续。</p> <p style="text-align: center;">申请人/单位签字或盖章：_____年 月 日</p>
审核意见	
区民政局业务科室初核意见	<p>经核实查验，_____符合艾滋病病毒感染儿童基本生活保障条件，建议纳入基本生活保障，每月发放_____元基本生活费。</p> <p>核实查验具体情况为：_____。</p> <p>核实查验人：_____年___月___日 负责人：_____（单位盖章）</p> <p>经办人：_____年___月___日 _____年___月___日</p>
区民政局审核意见	<p>经研究，_____符合艾滋病病毒感染儿童基本生活保障条件，予以审核确认，从_____年___月起发放基本生活费。</p> <p>经办人：_____年___月___日 分管领导：_____（单位盖章）</p> <p style="text-align: right;">_____年___月___日</p>
发放信息	始发年月 _____ 开户人（儿童） _____
	开户行 _____ 银行账号 _____
	续发原因 _____（附相关材料）
	续发年月 _____ 申请人/单位签字 _____
	停发原因 _____
	停发年月 _____ 申请人/单位签字 _____

附件 4

上海市被收养残疾孤儿继续领取基本生活费

申 请 表

编 号：_____区（____）_____号

填表日期：_____年_____月_____日

上海市民政局印制

填表须知

一、有关字段说明

1. 福利编号：如 XX 区〔2024〕001 号。
2. 送养人为自然人的，填写自然人姓名、户籍所在地。送养人为儿童福利机构的，填写机构名称、机构住所地。

二、相关材料说明

1. 被收养残疾孤儿身份证明材料是指儿童户口簿、身份证、孤儿残疾证明等有效证件；
2. 收养人身份证明材料指收养人身份证、户口簿、收养登记证等有效证件。

三、其他

此表一式二份，区民政局、市社会福利中心各留存一份。

被收养孤儿基本信息	姓名		身份证号		近期 免冠 照片
	性别		福利编号		
	民族		户籍状况	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业	
	收养关系 成立日期		收养登记证 字号		
	户籍所在地	区 街（镇） 路 弄 号 室			
	居住地址	区 街（镇） 路 弄 号 室			
	送养人 姓名		户籍 所在地	区 街（镇） 路 弄 号 室	
				区 街（镇） 路 弄 号 室	
	送养机构 名称		机构 所在地	区 街（镇） 路 弄 号 室	
	儿童身体 状况	<input type="checkbox"/> 重病（患病类型_____） <input type="checkbox"/> 残疾（ <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 多重残疾 残疾证号_____；残疾等级_____） <input type="checkbox"/> 无艾滋病 <input type="checkbox"/> 受艾滋病影响 <input type="checkbox"/> 携带或感染艾滋病 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
儿童工学 情况	<input type="checkbox"/> 学龄前 <input type="checkbox"/> 幼儿园 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 普通高中 <input type="checkbox"/> 技工学校 <input type="checkbox"/> 职业高中 <input type="checkbox"/> 中等专业学校 <input type="checkbox"/> 高职高专学校 <input type="checkbox"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 特殊教育 <input type="checkbox"/> 无就学能力 <input type="checkbox"/> 辍学 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
收养人及家庭情况	姓名	与被收养人 关系	身份证号码	工作单位	联系电话
	是否同住		年收入(元)		人均居住面积(m ²)
	身体情况		患病类型		
	户籍地址 (父)	区 街（镇） 路 弄 号 室			
	户籍地址 (母)	区 街（镇） 路 弄 号 室			
	现居住 地址	区 街（镇） 路 弄 号 室			
其他救助情况	<input type="checkbox"/> 最低生活保障 <input type="checkbox"/> 特困供养 <input type="checkbox"/> 困难残疾人生活补助 <input type="checkbox"/> 重度残疾人护理补助 <input type="checkbox"/> 重残无业生活补助 <input type="checkbox"/> 临时救助 <input type="checkbox"/> 低收入家庭救助 <input type="checkbox"/> 医疗救助 <input type="checkbox"/> 教育资助 <input type="checkbox"/> 住房救助 <input type="checkbox"/> 其他_____				

证明事项告知承诺书

编号：_____（_____）_____号

基本信息

一、申请人

（一）申请人为自然人

姓名：_____联系方式：_____

证件类型：_____证件编号：_____

（二）申请人为法人/非法人组织

名称：_____统一社会信用代码：_____

联系人：_____联系方式：_____

二、申请人委托代理人

姓名：_____联系方式：_____

证件类型：_____证件编号：_____

三、行政机关

名称：_____联系方式：_____

行政机关告知

_____（行政机关名称）现向申请人告知以下内容：

一、政务服务事项名称：_____

二、证明事项名称

孤儿父母死亡证明，或人民法院宣告孤儿父母死亡或失踪的法律文书；

国家医疗卫生机构开具的医学证明（HIV 抗体确诊检测报告单，HIV 抗体检测呈阳性）

三、设定证明事项的依据

《民政部部门规范性文件设定的证明事项取消目录》（民政部公告第 456 号）规定，申请人为艾滋病病毒感染儿童申请基本生活费时需提交的国家医疗卫生机构开具的医学证明，以及申请人为社会散居孤儿申请基本生活费时需提交的孤儿父母死亡、失踪的证明，通过当事人声明加部门间信息共享核对的方式办理。

四、证明内容

申请人已符合下列法定条件：

儿童的父母死亡，或人民法院宣告死亡或失踪。

儿童为艾滋病患者或艾滋病病毒感染者。

五、承诺的方式

上述证明事项采用书面承诺方式。申请人愿意作出承诺的，应当向行政机关提交签章后的告知承诺书原件或者电子签章的电子文书。

六、承诺的效力

申请人书面承诺已经符合行政机关告知的条件、标准、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任后，行政机关不再索要有关证明，并依据书面承诺办理特殊儿童基本生活费申请、审核确认工作。

七、不实承诺的责任

行政机关将按规定核实查验申请人承诺的真实性。申请人承诺真实性情况依法全面纳入上海个人征信记录。申请人提供虚假承诺办理有关事项的，依法承担相应的民事、行政、刑事责任。

申请人承诺

申请人现作出下列承诺：

(一) 已经知晓行政机关告知的全部内容；

(二) 自身已经符合行政机关告知的条件、标准、要求；

1. 自身已经符合行政机关告知的条件、标准、要求，具体是：

_____ (父/母) 已死亡；

_____ (父/母) 已被法院宣告死亡(失踪)。

2. 自身已经符合行政机关告知的条件、标准、要求，具体是：

该儿童于_____年___月___日在_____ (医疗卫生机构名称) 经过 HIV 抗体检测，确诊为艾滋病病毒感染者。

3. 证明事项如需现场核实查验的，申请人需写明现场核实查验地址_____。

(三) 本告知承诺书中填写的内容真实、准确；

(四) 愿意承担不实承诺的民事、行政、刑事责任；

(五) 上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人签名/盖章：_____

日期：_____年___月___日

注：本文书一式两份，行政机关与申请人各执一份。

附件 6

儿童失联父母查找情况回执单

编号：_____

_____（相关当事人）：

我单位于____年__月__日接到儿童（姓名：____，身份证号：____）关于查找其失联父（姓名：____，身份证号：____）、母（姓名：____，身份证号：____）情况报案后，依据民政部、公安部、财政部《关于进一步做好事实无人抚养儿童保障有关工作的通知》（民发〔2020〕125号）规定及相关要求，经多方查找已满6个月，目前没有查找到其失联父/母。

联系人：

联系电话：

公安机关（公章）

年 月 日

备注：

1. 此单同时抄送儿童户籍所在地街道办事处（乡镇人民政府），仅用于办理本市困境儿童基本生活保障对象的认定。
2. 失联人员身份信息完整，查找无果用此回执。

附件 7

儿童失联父母不具备查找条件回执单

编号：_____

_____（相关当事人）：

我单位于____年__月__日接到儿童（姓名：____，身份证号：____）关于查找其失联父（姓名：____，身份证号：____）、母（姓名：____，身份证号：____）情况报案后，依据民政部、公安部、财政部《关于进一步做好事实无人抚养儿童保障有关工作的通知》（民发〔2020〕125号）规定及相关要求，由于提供的父/母信息不详，目前无法查找到其失联父/母。

联系人：

联系电话：

公安机关（公章）

年 月 日

备注：

1. 此单同时抄送儿童户籍所在地街道办事处（乡镇人民政府），仅用于办理本市困境儿童基本生活保障对象的认定。
2. 失联人员身份信息不详导致无法查找的用此回执，可在相关处填“不详”。

儿童父母失联情况认定表

一、个人承诺			
承诺人（监护人）		身份证号	
儿童姓名		身份证号	
承诺人与该儿童关系		联系方式	
<p>为保障该儿童基本生活权益，办理困境儿童基本生活保障对象生活费，现承诺如下：该儿童生父/母：_____（身份证号：_____），自____年____月起即与该儿童家庭失去联系，至今未履行监护抚养责任，已达____个月。该情况属实，如有故意捏造、隐瞒事实等欺骗行为的，本人愿承担相应责任，并退还已发放的特殊儿童基本生活费。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">承诺人签字：</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">承诺日期： 年 月 日</p>			
二、邻里证明情况			
<p>该承诺人承诺情况属实。其他补充情况或意见：_____。</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 10px 0;"/> <p>证明人签字：（3人以上，其中1名为儿童主任）</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">日期： 年 月 日</p>			

三、街道办事处（乡镇人民政府）核实查验情况

经街道办事处（乡镇人民政府）核实查验，上述情况属实。其他补充情况或意见：_____。

核实查验人：

联系电话：

街道办事处（乡镇人民政府）（公章）

年 月 日

四、区级民政部门核实确认情况

经向居（村）委、街道办事处（乡镇人民政府）核实，以上情况属实，该儿童符合特殊儿童失联父母情况认定条件。其他补充情况或意见：_____。

经办人：

分管领导：

区级民政部门（公章）

年 月 日

注：

1. 此认定表一式三份，承诺人、街道办事处（乡镇人民政府）、区级民政部门各存一份，仅用于办理困境儿童基本生活保障对象的认定；
2. 此表中申请人只填写个人承诺部分；
3. 此表失联人员身份信息不全的，可在相关处填“不详”。

上海市民政局办公室

2025年1月1日印发
